

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 131

DES
PRÉSENTATIONS
DU
BREGMA

THESE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 3 juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul KÖEHREN

Ancien Externe des Hôpitaux de Strasbourg

né à DIEUZE (Moselle) le 14 mai 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

DES PRÉSENTATIONS DU BREGMA



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1924-1925 N° 131

DES
PRÉSENTATIONS
DU
BREGMA

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON
et soutenue publiquement le 3 juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Paul KÖHREN

Ancien Externe des Hôpitaux de Strasbourg

né à DIEUZE (Moselle) le 14 mai 1900



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

—
1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. H. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE.
Assesseur	M. ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.).
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	VILLARD.
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND.
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie Interne	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Médecine légale	PATEL.
Hygiène	ARLOING (F.).
Thérapeutique, Hydologie et Climatologie.....	Etienne MARTIN.
Pharmacologie	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — — Chimie minérale	BARRAL.
— — — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
THEVENOT (Léon)	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
GARIN.	TRILLAT.	FAVRE.	DUNET.
SAVY.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
PROMENT.	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
THEVENOT (Lucien).	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
PIERY.			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMMANDEUR, président ; TRILLAT, assesseur ;
RENTHER et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MA MÈRE

Dont je ressens à cette heure la douloureuse absence.

A MON PÈRE

Je dédie ce travail, humble témoignage d'une éternelle reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR,
Professeur de Clinique obstétricale
Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Nous lui présentons nos hommages respectueux et reconnaissants.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RHENTER

Il nous a inspiré le sujet de notre travail et nous a guidé de ses précieux conseils. Pour tout l'intérêt qu'il nous a témoigné nous l'assurons de notre profonde gratitude.

A MES JUGES

A TOUS MES MAÎTRES, CIVILS ET MILITAIRES

AVANT-PROPOS

En présentant ce modeste travail qui marque le couronnement de nos études médicales, notre esprit se porte naturellement vers le passé.

Il est toujours douloureux et poignant de voir se clore à jamais une période de la vie. Quelles que soient les joies par demain promises, hier, malgré ses tristesses, est plus éclatant et plus magnifique, car déjà s'étend sur lui le voile du passé.

C'est à ce sentiment aussi profond qu'un instinct qu'il faut attribuer cette sorte de rêverie, de retour sur les années défuntées, qui précède toutes les thèses inaugurales.

C'est la page la plus amoureusement écrite, celle que l'on trace après toutes les autres, celle, qui seule, jaillit spontanément du cœur. Et quand le cœur est débordant de gratitude envers les années qui s'achèvent, et surtout envers ceux qui les firent claires et sans regret, la page naît et s'épanouit, car le souvenir inéluctable se double d'un pieux devoir.

Le passé vécu au milieu de notre chère famille d'abord, puis au milieu de nos maîtres et de nos camarades de Faculté, nous apparaît comme plein de doux souvenirs.

Au milieu des nôtres, nous avons trouvé un soutien moral, un dévouement et une affection sans bornes, et les mots sont insuffisants à exprimer toute notre reconnaissance. Elevé au sein d'une famille française, confiante dans les destinées de la Patrie-perdue, nous attendions l'heure joyeuse de la victoire et du rattachement à la Mère-patrie.

Notre attente n'a pas été vaine, et nous n'aurons jamais assez de gratitude, de reconnaissance et de respect pour tous ces sublimes héros qui sont tombés pour la délivrance de l'Alsace. C'est leur sacrifice qui nous a permis de recueillir avec un indicible bonheur, et un juste orgueil à la Faculté de Médecine de Strasbourg, le précieux enseignement d'une élite médicale française.

Après quelques années, le sort nous a amené à Lyon; là, cordialement accueilli par tous, nous avons appris à mieux connaître notre Pays et l'aimer plus encore.

Durant nos études, nos Maîtres des Facultés de Médecine de Strasbourg et de Lyon ont bien voulu nous témoigner une bienveillance et une sollicitude constantes. Nous avons par tous nos efforts taché d'en être digne. Nous leur en exprimons aussi toute notre gratitude. A l'avenir dans notre pratique nous tâcherons dans la mesure de nos forces de suivre leur exemple, mettant à profit leurs savantes leçons. Puissent leur temps et leur peine n'avoir pas été prodigués en vain !

Qu'il nous soit permis d'exprimer à Monsieur le Professeur Commandeur le témoignage de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de notre thèse inaugurale. Nous

lui réservons ici l'assurance de notre plus entière et respectueuse gratitude pour l'enseignement si profitable reçu dans sa clinique de la Charité.

Nous devons l'inspiration de ce travail à Monsieur le Professeur Agrégé Rhenter. Nous lui sommes infiniment reconnaissant de l'aide précieuse qu'il nous a apportée dans la mise au point de notre thèse inaugurale.

Nous exprimons notre respectueuse reconnaissance à Monsieur le Professeur Schikelé, de la Clinique Obstétricale de Strasbourg; il a bien voulu mettre des observations à notre disposition.

Monsieur le Docteur Eparvier, chef de clinique du service, a aimablement mis à notre disposition des observations et ne nous a pas ménagé ses conseils. Nous lui adressons nos plus sincères remerciements.

Et maintenant, plein d'inconnu l'avenir se dresse. Que nous réserve-t-il ? Fort des exemples que nous avons en la bonté et la grandeur de notre profession qui de bonne heure nous attira, nous irons hardiment en avant, et tout ce que notre esprit a pu acquérir de connaissances, tout ce que notre cœur renferme de pitié et de dévouement pour ceux qui souffrent, nous l'emploierons à les soulager. Heureux, si pour récompense nous avons la conscience du devoir accompli, la conviction d'avoir contribué à alléger les misères de quelques-uns de nos semblables.

DES PRÉSENTATIONS DU BREGMA

INTRODUCTION

Les progrès qui ont été faits ces dernières années en obstétrique ne sont pas seulement dus à l'introduction de l'antisepsie et de l'asepsie, ou à la technique perfectionnée des opérations obstétricales, mais aussi au fait que nous avons appris à mieux connaître les lois et les efforts de la nature tels qu'ils se présentent dans chaque accouchement. Nous nous trouvons donc dans la possibilité de reconnaître les déviations du mécanisme normal, et dans les cas d'interventions nous pouvons agir de telle façon que cette intervention se rapproche de plus en plus de l'accouchement physiologique.

Dans son trajet à travers la filière génitale le fœtus exécute certains mouvements, grâce auxquels il s'adapte à la forme du canal qu'il suit, et achève son parcours en utilisant de la façon la plus favorable l'espace dont il dispose. Il s'agit de mouvements, soit de rotation, soit de flexion ou d'extension. L'ensemble de ces mouvements constitue le mécanisme de l'accouchement. A chaque présentation correspond un mécanisme spécial, d'après lequel le fœtus effectue le plus facilement son trajet.

Normalement la tête s'engage dans le bassin en position physiologique, pendant, ou déjà avant l'accouchement. La position physiologique du fœtus, est la présentation céphalique. Nous savons que les lois de la pesanteur et la forme de l'utérus donnent lieu à une présentation longitudinale et surtout à une présentation du sommet (Loi de Pajot). La tête est alors fléchie, le menton est rapproché de la poitrine de l'enfant et c'est la petite fontanelle qui répondra au point le plus déclive de la tête fœtale. La suture sagittale répond le plus souvent à un des diamètres obliques du bassin, plus habituellement le diamètre oblique gauche, la petite fontanelle étant plus rapprochée de l'extrémité antérieure de ce diamètre ; la grande, plus haut située du fait de la flexion, plus rapprochée de l'extrémité postérieure.

Mais il peut arriver que la flexion ne soit pas aussi complète, et soit remplacée par un certain degré de déflexion. Le doigt explorant le bassin au cours du travail, ne rencontrera plus au point déclive la petite fontanelle, comme dans les présentations du sommet, mais suivant ce degré de déflexion, tantôt le bregma, tantôt les bosses frontales, tantôt le massif facial.

De tout temps les accoucheurs ont distingué des présentations du sommet, répondant à la flexion de la tête, les présentations de la face, répondant à une déflexion extrême. Plus récemment une présentation intermédiaire a été admise, qui, à l'heure actuelle, est nettement différenciée par tous les auteurs, la présentation du front. Mais, au moins en France, l'attention paraît avoir été assez peu attirée sur l'utilité de consi-

dérer comme présentation distincte, la présentation répondant au premier degré de déflexion de la tête fœtale, à celui qui, comme nous le disons, amène au point déclive la fontanelle bregmatique. Certains auteurs étrangers lui ont reconnu les caractères d'une présentation particulière et définie sous le nom de présentation du bregma.

C'est à elle, que suivant les conseils de *Monsieur le Professeur* COMMANDEUR et sur les directives de *Monsieur le Professeur Agrégé* RHENTER, nous allons consacrer ce travail : nous en résumerons d'abord l'histoire, puis nous étudierons le mécanisme de l'accouchement, le diagnostic, le pronostic et la conduite à tenir dans les présentations du bregma, pour publier à la fin nos observations personnelles, et celles que nous avons pu recueillir dans la littérature obstétricale.

HISTORIQUE

Si nous regardons en arrière pour connaître l'opinion des anciens auteurs sur les présentations du bregma, nous voyons qu'ils ne font pas de distinction bien marquée entre les présentations du bregma et les présentations du sommet avec déviation du mécanisme normal. On identifia les deux termes sans songer que dans la majorité des cas, on n'avait pas une anomalie de la présentation du sommet, mais qu'il s'agissait d'une présentation tout-à-fait différente.

C'est ainsi qu'en France, il semble que d'une façon générale, ces présentations aient été faussement confondues avec les variétés postérieures du sommet.

Récemment, *Monsieur Eparvier, chef de clinique à la Clinique obstétricale de la Charité de Lyon*, a attiré l'attention sur la présentation du bregma en publiant un cas (*Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, n° 2, 1923. Voir observation n° I), dans lequel la tête a progressé à la façon d'un cylindre à diamètre occipito-facial, réalisant la *présentation classique pour les auteurs allemands (Présentation du vertex ou de la grande fontanelle)* qui détermine la déformation crânienne qu'il nomme « *crâne en forme de tour* » (*Turmschädel*).

En Allemagne, les présentations du bregma ont été plus étudiées. Les anciens accoucheurs les considéraient également comme des déviations du mécanisme normal et avaient employé des termes multiples pour les désigner. On ne peut moins faire, en effet, que d'être frappé par la variété des dénominations auxquelles ont recours pour les nommer la plupart des auteurs qui les ont étudiées.

BUSCH l'avait appelé « *la troisième et quatrième présentation de la tête* », plus tard, elle fut nommée « *présentation du vertex* » (SPIEGELBERG-FRITSCH-OLSHAUSEN-VEIT-DÖDERLEIN).

KARL V. BRAUN la dénomme aussi bien : « *présentation du sommet avec déviation du mécanisme normal, que présentation du bregma* ». Pour lui ces 2 présentations sont identiques.

Dans la bibliographie plus moderne, nous trouvons également cette confusion. C'est ainsi que KALTENBACH parle d'une *rotation anormale* dans les présentations du sommet. Dans le traité d'accouchement de P. MÜLLER, WERTH traite dans la première partie les présentations du fœtus, et on trouve à propos du mécanisme, qu'il peut y avoir une *rotation anormale, avec le sommet en arrière, à la suite d'une déflexion de la tête (présentation du bregma)*, ou une tête fléchie dans le cas où la tête subirait anormalement une rotation en arrière. Dans le tome 2 du même traité, KUSTNER parle de *présentation du bregma*. Fehling ne fait que mentionner les *rotations anormales dans les présentations du sommet*.

Pour RUNGE, *Présentation du bregma et présentation du sommet avec déviation du mécanisme sont identiques*. Il dit : « La présentation du bregma se rencontre en III^e et IV^e position de la tête, quand le dos est dirigé en arrière. La petite fontanelle est située en arrière, tandis que la grande progresse en avant ».

SPIEGELBERG-WIENER ne parle que de rotation anormale dans les présentations du sommet, tandis que ZWEIFEL, écrit : « *Les présentations du bregma se rencontrent quand la rotation est empêchée ou troublée* », donc, lui aussi confond les présentations du bregma et les déviations du mécanisme normal.

Le terme de *présentation du vertex* avait été proposé en 1887 par WINTER, pour les présentations de la tête, où, à la sortie du détroit inférieur, il ne se forme pas, à la suite d'une progression rapide et d'une rotation plus rapide de la petite fontanelle une présentation du sommet, mais où pour des causes spéciales, le vertex se présenterait. Cette proposition n'a pas été acceptée par tous les auteurs, ce qui donna lieu à une confusion et à un désaccord qui règnent encore sur ce chapitre comme auparavant.

C'est à SCHAUTA que revient le mérite d'avoir le premier fait une distinction entre les présentations du bregma et les déviations du mécanisme normal dans les présentations du sommet ; par ce fait, une série de cas qui jusqu'à présent avaient été considérés comme présentations du sommet avec déviation du mécanisme, sont à considérer comme présentations du bregma.

BIDDER après plusieurs discussions avec les anciens auteurs sur les présentations de la tête, s'exprime de la

façon suivante : Il dit qu'il existe au moins autant d'opinions que de têtes..... Pour lui les présentations, dans lesquelles la partie antérieure de la tête est la plus déclive, et où la tête en effet passe dans l'excavation avec une circonférence répondant au diamètre fronto-occipital, seraient des présentations du bregma.

V. WINKEL distingue deux présentations de la tête et deux déviations du mécanisme normal pendant l'accouchement. Nous lisons : « Ces déviations ne s'expliquent pas du fait d'une position primitive du dos fœtal en arrière de l'utérus, mais, de même que dans la rotation du sommet, le dos reste tourné vers le côté, il est, même si le sommet subit une rotation en arrière, tourné du côté de l'utérus. Il n'y a donc pas de changement de position de l'enfant, mais le passage anormal est à considérer comme une variété du mécanisme dans les présentations de la tête ».

SCHRODER ne connaît que les mécanismes anormaux secondaires que l'on rencontre au cours de l'accouchement, mais il ne connaît pas l'engagement anormal primaire, et il ne fait aucune distinction entre présentation du bregma et du sommet (A. MÜLLER, « *Über hintere Hinterhauptslagen-und Scheitellagen* » *Monatschrift f. für Geburtsh. u. Gyn.* 1898. Vol. VII).

A. MULLER divise les présentations de la tête avec la petite fontanelle dirigée en arrière, en présentation du sommet et en présentation du vertex. Il distingue trois présentations postérieures du sommet : position occipito-postérieure droite, gauche et sacrée. Dans ces dernières, la sagittale doit se trouver dès l'engagement

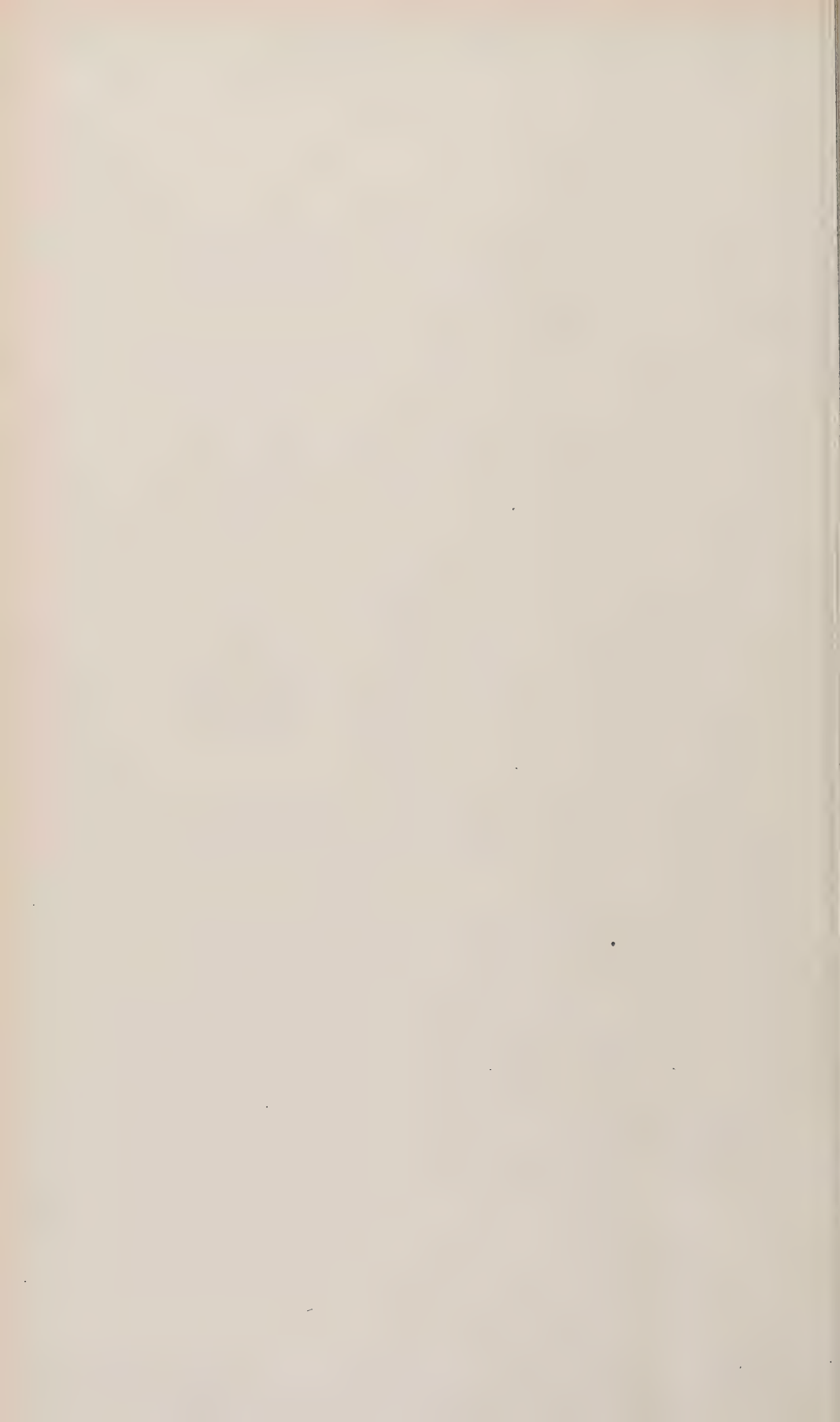
au détroit supérieur dans le diamètre antéro-postérieur. Il dit que les deux premières se transforment le plus souvent en présentations antérieures du sommet (OIDA et OIGA) au cours de l'accouchement.

Des présentations du sommet, MULLER distingue les présentations du vertex. Il dit : « Les présentations du vertex qui jusqu'à présent n'ont pas été séparées d'une façon nette et distincte des présentations du sommet s'en différencient par le fait que ce n'est pas la petite fontanelle, mais la grande fontanelle qui est la plus déclive ».

Chez VEIT, nous lisons : « Ni dans l'abaissement de l'une des deux fontanelles, ni dans la position de la grande en avant, ou de la petite en arrière, je ne vois le caractère d'une position bien définie, car malgré cela la suite du mécanisme de l'accouchement n'est pas encore assurée » (*Über Vorderhauptslagen. Zeitschrift f. Geb. u. Gynäkol. Vol. XLII. Cahier 1.*).

HERZFELD a étudié les présentations du bregma et a essayé de démontrer la différence qui existe entre les présentations occipito-postérieures et les présentations du bregma.

Bien d'autres opinions ont encore été émises sur cette question des présentations du bregma, que nous trouvons rassemblées dans les travaux de MULLER (*Monatschrift f. Geb. u. Gynäkol. 1898. Cahier 5. Vol. VII*) et surtout de BIDDER (*Gynäkol. Mitteilungen 1887. Gratiulationschrift*). Mais nous croyons en avoir suffisamment rappelées pour démontrer les divergences qui existent entre les auteurs sur ce point et contribuent à en rendre difficile l'interprétation.



CHAPITRE PREMIER

Mécanisme de l'accouchement dans les présentations du bregma

Nous avons déjà mentionné plus haut que la flexion physiologique de la tête et du tronc fœtal peut disparaître, et faire place à une déflexion plus ou moins complète. Il en résultera que ce ne sera plus l'occiput, mais une autre région de la tête qui se présentera. Si la déflexion est modérée et que le menton est peu éloigné de la poitrine, la grande fontanelle se présentera au centre du détroit supérieur, et nous aurons une présentation du bregma.

Premier temps : Engagement et déflexion.

Ce premier degré de déflexion de la tête qui accompagne l'engagement dans les présentations du bregma est produit par des causes variées. Il peut déjà survenir au cours de la grossesse. On le rencontre dans les cas où la flexion normale est empêchée par un goître congé-

nital ou par d'autres tumeurs de la région antérieure du cou et du thorax, et c'est pour cela que les présentations défléchies ont été plus souvent signalées dans les régions montagneuses.

Ordinairement cependant, la déflexion ne se développe que secondairement au cours du travail, quand la tête commence à s'engager au détroit supérieur. Cela résulte, d'après WIGAND-OLSHAUSEN, du fait que l'occiput empêché de progresser pour une raison quelconque reste en arrière. Les contractions font alors descendre en premier lieu, la grande fontanelle, puis le front, enfin la face, par déflexion toujours plus prononcée de la tête. Le processus de déflexion peut s'arrêter en tout temps. Si l'arrêt se produit au début et que la déflexion modérée reste stable, l'accouchement se fera en présentation du bregma.

En outre, tout ce qui entrave la descente de l'occiput, peut favoriser la formation de présentations défléchies. Nous connaissons des conditions étiologiques qui expliquent la formation d'une déflexion, et c'est ainsi que nous pouvons citer les bassins plats rétrécis, la rigidité et les contractions anormales du segment inférieur de l'utérus. Elle peut également provenir d'influences anormales, s'exerçant sur le tronc de l'enfant et n'agissant que par l'extension de la colonne vertébrale. DUNCAN le premier a insisté sur le fait que l'obliquité de l'utérus prédispose à la déflexion du fœtus, lorsque le fond de l'organe est dévié du côté où se trouve l'occiput; le fond de la matrice entraîne dans son mouvement le tronc fœtal, en éloignant le menton du sternum, et favorisant ainsi la déflexion.

On a également invoqué les cas de petites têtes. Quand la tête est petite elle a beaucoup de jeu dans le bassin et peut plus facilement substituer un premier degré de déflexion à son habituelle flexion.

V. WINKEL a également constaté ces présentations chez les Multipares avec un plancher pelvien distendu. D'autre part les contractions spasmodiques des muscles du diaphragme pelvien semblent favoriser les déviations, car parmi les six cas de crampes du diaphragme pelvien pendant l'accouchement observés par DAVET, il y a deux présentations avec la grande fontanelle première.

Les anciens auteurs croyaient que la déflexion au moment de l'engagement était due à la dolichocéphalie, puisque les enfants qui venaient au monde en présentation de la face ou du front présentaient toujours un allongement du diamètre antéro-postérieur du crâne. Cependant, en examinant ces enfants quelques jours après la naissance, on n'aperçoit plus rien de cette dolichocéphalie apparente. La tête de l'enfant a retrouvé sa forme normale. Nous ne pouvons donc pas la compter parmi les déformations. *elle n'est que l'expression de la configuration de la tête fœtale et n'est donc pas la cause de cette déflexion, mais la conséquence*

Dans la présentation du bregma, la tête, poussée par les contractions utérines, pénètre dans l'excavation en déflexion modérée qui n'entraîne pas une extension perceptible du tronc. Toujours poussée par les contractions utérines, la tête s'engage. Située au détroit supérieur, nous trouvons d'après HERZFELD, la sagittale dans le diamètre transversal du détroit supérieur, la

grande fontanelle à droite, la petite fontanelle à gauche dans une première position du fœtus, le bregma à gauche dans une deuxième position du fœtus. La grande fontanelle sera le point le plus déclive et le plus facile à atteindre par les doigts au toucher. La tête se trouve avec son diamètre fronto-occipital dans le diamètre transverse du détroit supérieur. Sous l'influence de la poussée utérine, la progression de la tête se fera, mais elle rencontrera de plus grands obstacles qu'une tête descendant en flexion puisqu'elle s'engage avec un plus grand diamètre.

Deuxième temps : Descente et rotation.

Sans reprendre l'importante discussion du mécanisme des rotations intra-pelviennes de la tête, il est indiscutable, comme le démontre *Monsieur le Professeur Agrégé TRILLAT* dans sa thèse inaugurale où il développe la théorie du *Professeur AUGUSTE POLLOSSON*, que la solidarisation de la tête et du tronc joue un rôle de premier plan dans sa production.

Or, cette solidarisation est précisément le résultat de la flexion forcée dans la présentation du sommet, ou de la déflexion dans la présentation de la face. *Il y a solidarité de la tête fléchie et défléchie avec le tronc et non solidarité dans les positions intermédiaires.* C'est grâce à cette solidarisation que la tête participera à la *progression giratoire* que le plan lombo-iliaque imprime au tronc fœtal.

On conçoit dès lors que dans la présentation du bregma, où la tête ébauche une déflexion qui la désolidarise du tronc, pour être cependant suffisante pour la

solidariser en sens inverse, le plan lombo-iliaque ne puisse plus intervenir, pour lui faire effectuer sa rotation.

Il est donc normal que dans cette présentation nous trouvions l'occiput en arrière, soit au niveau de la symphyse sacro-iliaque, soit même devant le sacrum.

Nous rencontrons donc le plus souvent après la rotation, la sagittale dans le diamètre antéro-postérieur, le bregma en avant contre la symphyse, environ au milieu de la vulve, la petite fontanelle en arrière dans l'excavation sacrée, recouverte par les parties molles du périnée. Après une rotation normale ce sera le bregma qui se présentera le premier et qui sera le point le plus déclive, et nous aurons à faire à une présentation du bregma avec rotation normale, et les termes « *de présentations du sommet avec déviations du mécanisme normal* » (KUSTENER-ZWEIFEL-RUNGE, V. WINKEL-MARTIN) et « *Présentation du bregma avec rotation anormale* » sont faux, car selon HERZFELD, dans le premier cas, la position de la tête ; dans la deuxième, les conditions produisant la rotation ne sont pas exactement interprétées. Il continue en disant « Si dans un de ces cas, il nous paraît évident qu'à la suite de l'abaissement et de la progression plus rapide de la grande fontanelle, une déflexion de la tête existe, nous avons une présentation du bregma ».

Nous considérons que théoriquement, de même que les présentations du sommet peuvent *anormalement* faire leur rotation en arrière, les présentations du bregma, qui normalement doivent d'après ce que nous venons de dire tourner en arrière, peuvent dans certains cas tourner en avant.

Nous n'avions aucune observation qui nous permit d'appuyer cette conception, lorsque tout récemment nous avons pu en recueillir une, où, manifestement le dégagement s'est fait en antérieure (AHLFELD *Centralblatt f. Gynäk.* 1903. Voir *Observation n° II*).

Troisième temps : Dégagement et flexion.

Pour le dégagement, la tête fœtale n'a à priori pas tout le détroit osseux inférieur à sa disposition, mais une ouverture relativement petite ; c'est l'orifice vaginal. Il faut que la tête fœtale au moment du dégagement puisse vaincre la résistance du plancher pelvien. Cette résistance est d'autant plus grande du fait que l'orifice vaginal ne se trouve pas dans la direction de la descente de la tête, mais qu'il est situé en avant dans l'angle pubien. Il faut que la tête fœtale soit déviée de sa direction de progression pour atteindre l'orifice vaginal.

Dans les présentations du bregma, il y aura au dégagement de plus grandes difficultés. La circonférence du segment qui se dégage est presque aussi grande que dans les présentations du front.

Cela expose la parturiente à un dégagement beaucoup plus long, et à toutes les conséquences fâcheuses qui en résultent. Bien souvent on voit, malgré un travail intensif, un arrêt prolongé de la progression. Il peut se faire que le segment inférieur de l'utérus, ou plutôt le col, se trouve comprimé en avant entre le front de l'enfant et la paroi osseuse du bassin. Le bord antérieur de l'orifice utérin, s'œdématie, s'infiltré et au fur et à mesure de la progression du travail, cette partie

antérieure présente un bourrelet œdématisé, qui peut enrayer par son volume le mouvement de rotation. L'accouchement naturel est rendu très difficile, quelquefois même impossible à cause de l'enclavement de la tête.

Si la tête est en *dorso-antérieure*, les contractions utérines font d'abord buter la région frontale contre le périnée postérieur ; le coccyx et les parties molles sont refoulés en arrière, mais, grâce à leur élasticité, ils réagissent en repoussant la tête en avant vers l'orifice pubio-périnéal.

Dans les cas au contraire où l'occiput se trouve dans l'excavation sacrée, nous voyons que le sillon naso-frontal vient se fixer sous la symphyse et sert de pivot de rotation ; la tête se dégagera par son diamètre occipito-frontal qui mesure 12 cm. au lieu du sous-occipito-bregmatique qui ne mesure de 9 cm. 5, d'où danger pour le périnée.

À la suite des contractions utérines et des muscles de la paroi abdominale la tête de l'enfant progresse vers le bas. Le périnée antérieur ano-vulvaire devient saillant et le crâne finit par tenir tout entier dans le canal membraneux constitué par le développement et la distension des parties molles du plancher pelvien.

Dès que la tête a franchi le périnée sous l'influence des efforts violents de la parturiente, la tête en retrouvant sa liberté, se fléchit, les épaules suivent rapidement et après leur dégagement l'expulsion des parties volumineuses du fœtus est terminée. Le reste ne rencontre aucune résistance dans les voies génitales et se dégage rapidement sans mécanisme typique, et le nouveau-né

gisant entre les cuisses de la mère fait aussitôt entendre son premier cri.

Si la tête est grosse, il en est ainsi dans la moitié des cas, la marche de l'accouchement est habituellement très lente et très difficile. La résistance du plancher pelvien est difficile à surmonter, l'ampliation et la distension du périnée exigent beaucoup d'efforts et de temps. Le danger de rupture périnéale est plus grand que dans les présentations du sommet.

Le mécanisme dans les présentations du bregma n'est pas toujours tel que nous venons de le décrire. Dans la grande majorité des cas, le sommet en traversant la filière pelvienne subit encore une rotation en avant et se transforme en présentation du sommet. La descente du bregma n'est que passagère et très courte si la cause se trouvait au détroit supérieur, et surtout si un rétrécissement modéré du diamètre antéro-postérieur dans les bassins plats pouvait être incriminé.

La déflexion peut augmenter au contraire et aboutir à une présentation du front ou de la face, si la cause tient au corps de l'enfant.

Il nous semble donc utile de faire une distinction entre les *présentations bregmatiques passagères*, telles que nous les observons au cours de l'engagement au détroit supérieur, surtout dans les bassins plats, et les *présentations bregmatiques définitives*, qui existent encore quand elles arrivent sur le plancher pelvien. Dans le premier cas, on pourrait parler de position profonde du bregma, dans le dernier de présentation du bregma.

Quelquefois la déflexion qui a donné lieu à une pré-

sensation du bregma est si minime que nous pouvons seulement mentionner le défaut de flexion sans cependant trouver une déflexion réelle appréciable. Dans ces cas la tête se trouve au détroit supérieur avec la suture sagittale dans le diamètre transverse, la grande et la petite fontanelle sur un même plan, indice qu'il n'y a pas de flexion ni de déflexion.

Trois éventualités peuvent se présenter :

1° Au cours de la descente, il peut se produire une flexion de la tête, la petite fontanelle progresse, et la présentation se transforme en une présentation du sommet.

2° Il se produira une déflexion et une progression de la grande fontanelle. Nous aurons une présentation du bregma typique.

3° Pendant la descente il n'y aura ni flexion ni déflexion ; la petite et la grande fontanelle restent sur un même plan. La tête descend dans cette position. Les obstacles croissants des diamètres transverses forceront la tête à se mettre en diamètre antéro-postérieur. Le releveur de l'anوس au lieu d'agir sur le point le plus inférieur exercera son action sur la partie antérieure et postérieure de la tête puisque la grande et la petite fontanelle sont sur un même niveau. Il s'en suivra que la rotation normale fera défaut, et la tête se trouvera au détroit inférieur avec la sagittale en diamètre transverse, position défavorable, puisque son diamètre fronto-occipital, 11 cm. 1/2. est trop grand pour le diamètre du détroit inférieur, 11 cm.

Déformations de la tête fœtale.

Dans les présentations du bregma, la tête fœtale tra-

verse la filière génitale en légère déflexion et se dégage avec sa circonférence fronto-occipitale, 34 cm. Le dégagement sera plus pénible et plus long, et nous trouvons sur la tête fœtale, les déformations particulières qui nous permettent de faire rétrospectivement le diagnostic du mécanisme de l'accouchement.

Ces déformations seront évidemment en rapport avec la durée de l'accouchement, la grandeur de la tête fœtale et les obstacles à surmonter. Elles seront à peine perceptibles dans les cas de petites têtes, pour être mieux marquées sur les grosses têtes.

Dans les présentations avec la grande fontanelle première, nous trouvons *l'ovoïde fœtal comprimé dans le sens du diamètre occipito-frontal*, dans la direction duquel la plus grande compression a eu lieu ; d'autre part nous voyons qu'il est augmenté en proportion dans son diamètre vertical. *La tête progresse à la façon d'un cylindre à diamètre occipito-facial*, réalisant la présentation classique pour les auteurs allemands, qui détermine la déformation crânienne qu'ils nomment *crâne en forme de tour* (*Turmschädel*).

La tête de forme cylindrique, dont l'axe passe par le milieu de la grande fontanelle et se continue avec celui du cou, devient dolichocéphale d'aspect, mais sans qu'il existe comme dans la présentation de la face une exagération de la convexité du frontal et de l'occipital. La face est aplatie, le nez pour ainsi dire écrasé par la paroi pelvienne antérieure.

C'est une suite du mécanisme de l'accouchement et non pas la cause, car cet aspect disparaît dans les premiers temps de la vie extra-utérine, comme toutes les

déformations provoquées par le mécanisme de l'accouchement. Les pariétaux chevauchent le frontal et l'occiput, et d'autre part les pariétaux se chevauchent de telle façon que le plus souvent celui situé précédemment en avant se place au-dessus de l'autre.

Sur la partie de la tête qui se trouve au niveau du col ou de la vulve (donc la grande fontanelle) et qui n'est exposée à aucune pression, il se fait dans les parties molles, à la suite de la stase veineuse, une infiltration de sérosité teintée de sang.

La bosse séro-sanguine se trouvera en avant du tiers supérieur du pariétal droit ou gauche, selon la position, et bien souvent elle dépasse le frontal, la grande fontanelle et la suture sagittale.

La fréquence de ces présentations serait pour V. WINKEL de 1,26 % des présentations de la tête. V. HECKER, BEUMER et PEIPER ont trouvé un chiffre encore plus élevé: 1:65 à 1:67. Dans ces statistiques ne sont d'ailleurs compris que les cas où l'on a constaté ces présentations au dégagement; ne sont pas mentionnés les cas où l'on a seulement pu mettre en évidence une phase bregmatique, et où finalement le tout se transforme en une présentation du sommet.

CHAPITRE II

Diagnostic

La déflexion modérée de la tête, propre à cette présentation, n'entraîne pas une extension perceptible du tronc. Le palper est difficile et donne des renseignements peu nets, aussi l'examen externe de la parturiente fournit-il habituellement les mêmes constatations que dans les présentations du sommet. Que le dos soit à gauche ou à droite, il est d'après BUMM intimement appliqué contre la paroi utérine gauche ou droite, et dans les deux cas, dirigé souvent en arrière, en corrélation avec la rotation de l'occiput en arrière. Le foyer d'auscultation du cœur est sur le dos.

Un diagnostic précis de la présentation du bregma ne pourra être fait avec succès que par un toucher vaginal. On constate alors que la partie du crâne, qui est déclive et se présente, est constituée par la grande fontanelle. On trouve le bregma avec une facilité remarquable au centre de l'excavation.

La présentation du bregma se présente rarement en dorso-antérieure, le plus souvent l'occiput est situé en arrière et le frontal en avant sous la symphyse pubienne, on trouve l'angle frontal de la grande fontanelle qui est aigue se continuant en avant et en haut, Il est facile de suivre la suture frontale jusque près de la glabelle, tandis que la sagittale se trouve dans la direction opposée, et parfois on a beaucoup de peine à atteindre la petite fontanelle qui est située plus haut dans l'excavation sacrée. Même dans les cas où l'engagement de la tête se fait d'abord avec la suture sagittale en transverse, le bregma a, à mesure qu'il descend, la tendance à exécuter une rotation en avant, celle-ci s'achève au détroit inférieur sous la contre-pression du plancher pelvien.

HERZFELD se pose la question : Avons-nous une présentation du sommet qui a subi une déviation du mécanisme normal, ou bien avons-nous à faire à une présentation du bregma, dans laquelle la rotation intrapelvienne s'est faite régulièrement avec le bregma en avant ?

En France on considère ces présentations comme des anomalies du mécanisme de l'accouchement dans les variétés postérieures, où la flexion est parfois très lente à se produire, et peut même quelquefois faire complètement défaut.

Le professeur TARNIER dit : (*Archives de Gynécologie* 1876) : « Parmi les causes qui dans ces cas (*positions occipito-postérieures*) ralentissent la marche du travail, il en est une dont le rôle très important est trop peu connu, c'est la *déflexion* de la tête. Toutes les fois que

dans les positions occipito postérieures j'ai observé l'insuffisance des efforts de contraction utérine et l'impuissance des efforts faits par la parturiente, *j'ai trouvé la déflexion de la tête, et mon doigt arrivait facilement sur la fontanelle antérieure, tandis que la fontanelle postérieure était difficile à atteindre et même inaccessible* ».

Il ne faudra pas confondre les variétés occipito-postérieures de la présentation du sommet avec la présentation du bregma. Elles peuvent nous offrir une certaine ressemblance, si dans la présentation bregmatique l'occiput est situé dans l'excavation sacrée, en ce sens que dans les deux cas, le front et la grande fontanelle regardent la paroi antérieure du bassin et que l'occiput sort le long du périnée; mais *la différence qui existe entre ces deux présentations est plus importante que l'analogie*, grâce à l'attitude opposée de la tête. Dans les *occipito-sacrées* nous avons une *flexion extrême*, dans les *présentations du bregma*, nous trouvons une *déflexion modérée* de la tête.

HERZFELD se demande. Existe-t-il des présentations du sommet avec déviation du mécanisme normal, ou est-ce que tous les cas que jadis on désignait sous le nom de « présentations du sommet avec déviation du mécanisme » ne sont-ils pas des présentations du bregma avec rotation normale ? Il admet qu'il existe également des présentations du sommet avec déviation du mécanisme, mais pour lui elles seraient excessivement rares, de sorte que plus de 90 % des cas que jadis l'on désignait « présentations du sommet avec déviation du mécanisme normal » sont des présentations du bregma régulières.

Le *diagnostic différentiel* sera le suivant entre la présentation du bregma, et la variété occipito-sacrée des présentations du sommet : dans les deux cas, nous trouvons la suture sagittale dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, la grande fontanelle en avant, la petite en arrière. Cependant la différence existe du fait que dans la présentation du bregma avec rotation normale, la fontanelle antérieure est le plus déclive et apparaît au milieu de la vulve, tandis que la petite fontanelle est située en arrière et plus haut, à peine accessible au doigt dans l'excavation-sacrée. Il est donc évident qu'il s'agit d'une déflexion de la tête, donc d'une présentation du bregma avec rotation normale, puisque dans ce cas, la grande fontanelle, est le point le plus inférieur et doit pivoter autour de la symphyse.

Dans les présentations du sommet avec déviation du mécanisme, nous trouvons au contraire que la petite fontanelle est plus déclive que le bregma ; au toucher elle est accessible au doigt. La sagittale se dirige en avant, derrière la symphyse, et ce n'est que plus haut, derrière la symphyse pubienne que nous trouvons la grande fontanelle. Tandis que dans la présentation du bregma, la fontanelle antérieure et la suture métopique étaient facilement accessibles, elles ne le sont plus dans ce dernier cas. Nous serons donc dans la possibilité de différencier une présentation du bregma, d'une présentation du sommet avec déviation du mécanisme normal, *puisqu'il s'agit de deux engagements et de deux positions différentes de la tête fœtale.*

Chaque fois que nous trouvons donc la suture sagit-

tale dans le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur la grande fontanelle au centre étant le point le plus déclive, la petite fontanelle à peine accessible et située plus haut, nous pourrions affirmer qu'il ne s'agit pas d'une variété postérieure des présentations du sommet, mais d'une présentation du bregma.

Le dégagement est également différent de celui que nous rencontrons dans les variétés postérieures des présentations du sommet, où nous avons une tête fléchie, comme dans le mécanisme normal ; dans la présentation du bregma au contraire, nous avons un premier degré de déflexion qui se substitue à la flexion habituelle.

Il en résulte donc que dans les 2 cas, les circonférences de la tête au moment du dégagement ne sont pas identiques. Dans le premier cas, nous avons la circonférence sous-occipito-frontale, 31 à 32 cm., dans le second cas, la circonférence fronto-occipitale, 34 cm. Cela pourra présenter de graves inconvénients, au moment du passage de la tête fœtale par le détroit moyen et le détroit inférieur.

La tête occupera beaucoup plus de place parce que la région la plus large de l'ovoïde fœtal, celle des bosses pariétales remplira la filière génitale. Toutes les parties molles qui se trouveront sur le passage, seront plus tendues. Souvent on voit alors l'accouchement, malgré un travail intensif, ne pas avancer et se prolonger indéfiniment, et même si le bassin est assez grand le dégagement de la tête exigera un certain retard. Le périnée sera tendu au maximum, de sorte que les déchirures sont extrêmement fréquentes dans ces dégagements.

Si à la suite le sommet subit encore une rotation en avant, nous voyons que la même tête, se dégagera par le même bassin avec une plus grande facilité, une preuve certaine qu'un engagement vicieux peut être la cause des difficultés de l'accouchement.

Quand la présentation du bregma se présente en dorso-antérieure nous trouvons la sagittale dans le diamètre antéro-postérieur, la grande fontanelle située en arrière vers le sacrum sera le point le plus déclive. La petite fontanelle se trouvera en avant et en haut sous la symphyse pubienne.

CHAPITRE III

Pronostic

Dans les présentations du bregma, l'accouchement peut être spontané, mais malgré cela le passage du fœtus, à travers la filière génitale, présente des difficultés à cause de la position anormale de la tête et par le fait qu'elle se présente avec sa circonférence fronto-occipitale.

Bien souvent au contraire, l'accouchement spontané ne se fait pas, et, au cours d'une exploration, l'on peut mettre un bassin rétréci en cause, bassin qui d'ailleurs joue un grand rôle, dans la formation de la présentation du bregma et qui se rencontre plus fréquemment que dans les présentations du sommet. Les avis des accoucheurs sont différents sur la durée et la marche de l'accouchement dans les présentations du bregma.

Le pronostic est intimement lié à la durée de l'accouchement et à la grandeur de la tête.

VEIT (*Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* vol. XLII cahier I) dit : « Dans les présentations du bregma, même si le pronostic est favorable, il arrive pourtant fréquemment qu'un retard se fasse au cours de l'accouchement, et souvent il est nécessaire d'intervenir pour terminer l'accouchement ; l'application du forceps étant assez difficile, l'accouchement se termine souvent par une grande déchirure du périnée ou par asphyxie profonde de l'enfant ».

BIDDER ; E. (*Gynäkologische Mitteilungen* 1884 - *Gratulations chrift*) est d'avis que la présentation du bregma peut être rangée parmi les présentations normales, puisque l'accouchement peut se faire spontanément sans danger et sans tort, et pour la mère et pour l'enfant, mais il admet cependant que le moindre obstacle peut la transformer en un accouchement pathologique. Plus loin il fait remarquer qu'un retard de l'accouchement, et par ce fait la nécessité de terminer un tel accouchement artificiellement, se présente souvent, et que les lésions des parties molles maternelles se rencontrent plus fréquemment que dans les présentations du sommet. Le pronostic pour la mère est donc en tout cas plus sombre.

D'après les statistiques de V.HECKER, faites sur la durée de l'accouchement nous voyons que des chiffres donnés ne sont pas beaucoup plus élevés que ceux de l'accouchement normal, mais cela est en rapport avec la grande majorité des cas favorables qui d'après V.WEISS, se présenterait dans les $\frac{2}{3}$ des cas. Malgré que la moyenne des chiffres dans les présentations du bregma, ne dépasse pas de beaucoup celle de l'accouche-

ment normal, il peut se faire au contraire que la durée de l'accouchement soit de beaucoup augmentée.

Durée de l'accouchement d'après les statistiques de V.Hecker :

1° Dans la présentation du bregma :

	<i>Primipares</i>	<i>Multipares</i>
Période de dilatation:	21,20 heures	12 heures
— d'expulsion:	2,10 —	1,40 —

2° Dans les présentations physiologiques du sommet :

	<i>Primipares</i>	<i>Multipares</i>
Période de dilatation:	16 heures	8 heures
— d'expulsion:	2 —	1 —

Les chiffres de la durée de l'accouchement physiologique, d'après la statistique de V.HECKER, nous paraissent un peu trop élevés. Souvent la période d'expulsion chez les multipares est très courte, quelquefois une à deux douleurs suffisent.

Pour ce qui concerne la grandeur et la forme de la tête de l'enfant, nous voyons que si celle-ci est petite, l'accouchement se fera sans grandes complications, si au contraire la tête est grande, et que nous trouvons un bassin rétréci, il se pourra que par la grande pression exercée pendant un certain temps sur les parties molles maternelles, il se produise des déchirures du périnée et de la paroi antérieure du vestibule; d'autre part, par le retard, que subit l'accouchement, l'enfant sera plus fréquemment en danger. Il peut se faire une déchirure du septum recto-vaginal, ou une déchirure centrale du périnée dans les cas de grande tête puisque c'est la région la plus large du crâne, celle des bosses

pariétales qui produit l'amplication du périnée en le distendant fortement dans le sens transversal.

D'après les statistiques de RABINOWITSCH, faites à la clinique de la Charité de Berlin, il y avait en deux années, sur 12.726 accouchements cliniques, 169 cas de présentations du bregma, donc, 1,33%, ou 1 sur 75 cas. Il s'agissait, 69 fois, d'accouchements prématurés.

Dans tous ces cas, exception faite des cas où il y avait un bassin rétréci, on peut incriminer la petite tête de l'enfant comme cause de la présentation du bregma. RABINOWITSCH a rencontré le bassin rétréci dans 19 cas, à savoir : 9 fois un bassin généralement rétréci, 5 fois un bassin aplati et 5 fois un bassin plat rétréci rachitique.

L'accouchement artificiel était pratiqué 21 fois sur les 169 cas ; 11 applications de forceps ont été faites, et en faisant abstraction des 69 cas d'accouchements prématurés, il nous reste 11 forceps pour 100 présentations de bregma ou 1 sur 9 donc 9 1/11 des cas.

Les 100 présentations du bregma à terme, sont distribuées sur 55 primipares et 45 multipares. Des 11 forceps, il y a eu 8 applications chez des primipares et 3 chez les multipares. Donc, 8 forceps sur 55 primipares ou 1 sur 7 (6 7/8) et 3 pour 45 multipares ou 1 sur 15.

Parmi tous ces cas, il faut prendre en considération que le forceps a été employé 2 fois pour éclampsie de la mère et qu'une fois une application haute a été faite à cause d'un décollement prématuré du placenta et de fortes hémorragies de la mère. Il ne nous reste donc que 8 applications du forceps qui ont été faites

à cause d'une irrégularité et un affaiblissement des bruits du cœur fœtal, qui s'étaient produits pendant l'accouchement.

Nous voyons donc que l'accouchement dans les présentations du bregma, est souvent spontané, si aussi il se fait lentement et plus difficilement, pourvu que l'on attende pour faire une prise de forceps, qu'il y ait une indication vitale urgente du côté de l'enfant ou de la mère.

GLIDDEN (*The diagnosis and ménagement of occipito-posterior position in labor cases Med. News 1899*), au contraire, voit dans les présentations du bregma une présentation des plus dangereuses. D'après V.HECKER, la mortalité des enfants pendant l'accouchement est de 7,9 % ; d'après V.WINKEL, elle serait même de 15 % contre 2,5-3,1 % dans les présentations du sommet. Puisque les enfants sont plus souvent en danger, les manœuvres au forceps deviennent plus fréquentes. V.WINKEL a employé le forceps dans 20 % des cas ; V.HECKER dans 13,5 % et V.WEISS dans 58 %, mais dans cette statistique sont également compris tous les cas où il y avait des indications au forceps sans rapport avec la présentation.

L'accouchement dans les présentations du bregma, est plus long et par cela même fatigant et nuisible, et pour l'enfant et pour la mère. Il expose le premier à des compressions produites, soit par des instruments, soit par le contact prolongé avec les parties maternelles, et qui diminuent nécessairement sa vitalité, et la seconde à tous les dangers de nombreuses interventions.

CHAPITRE IV

Conduite à tenir dans les présentations du bregma

Certains auteurs, et en particulier HERZFELD, ont prétendu obtenir par une méthode posturale de transformation en antérieures, des présentations postérieures du sommet et accessoirement des positions du bregma.

Dès que l'on aurait observé la rotation de l'occiput en arrière, on mettrait la femme dans le décubitus latéral, en la faisant coucher sur le côté vers lequel le dos de l'enfant est tourné.

La flexion serait favorisée, et dans de nombreux cas HERZFELD aurait constaté lors de l'apparition des grandes douleurs le complément de cette flexion suivie de la rotation en avant. L'accouchement se terminerait en présentation du sommet, avec mécanisme normal.

Nous n'avons pas l'expérience personnelle de cette méthode et croyons que le plus souvent si l'accouche-

ment marche normalement quoique lentement et péniblement, il vaut mieux ne rien entreprendre et attendre que les efforts seuls de la nature accomplissent l'œuvre commencée. Mais si, une fois la dilatation complète ou presque complète, la descente ne se produit pas malgré les douleurs de la femme, il faut nécessairement intervenir.

L'intervention la plus facile quand elle réussit et la plus inoffensive est la réduction de la tête avec les doigts introduits dans l'utérus. Méthode la plus employée, celle du professeur TARNIER, dont l'exposé se trouve dans les *Annales de Gynécologie*, décembre 1889.

S'il y a des indications pour abrégier l'accouchement, et dans les présentations du bregma, elles sont plus fréquentes que dans les présentations du sommet puisqu'à la suite d'un engagemet défavorable, les obstacles sont augmentés; nous sommes forcés d'appliquer le forceps.

Pendant le dégagement des présentations du bregma, le périnée est plus en danger que dans les présentations du sommet, déjà par le fait que la tête fœtale se dégage avec son diamètre fronto-occipital (11 cm.1/2). L'occiput repose sur tout le périnée qui sera complètement distendu, et il se fait donc également dans les accouchements spontanés des présentations du bregma plus de déchirures, que nous ne pouvons empêcher que par des épisiotomies nombreuses et précoces.

Dans les cas d'intervention au forceps, il nous faudra dégager de telle façon qu'en passant par la vulve, les parties molles soient le plus protégées. On laissera toujours se dégager la tête aussi loin que possible

avant de faire l'application au forceps, car en faisant une prise trop tôt, on n'arrive pas à pivoter autour du pubis, et les grandes déchirures sont alors la règle. Des essais pour faire subir à la tête les grandes rotations en avant, à l'aide du forceps, ont presque toujours abouti à de graves déchirures.

Après avoir appliqué le forceps, il faudra fléchir la tête par élévation des deux branches, afin que le sommet puisse glisser sur le périnée. D'après DÖDERLEIN c'est le temps le plus difficile de la prise du forceps car, bien souvent, quand on ne fait pas une application correcte et régulière, il se produit des déchirures étendues. Nous protégerons le périnée avec la main gauche pour empêcher tous les accidents, et, avec la main droite, nous ferons l'extraction. Il nous sera alors possible d'alléger le périnée et d'établir le mouvement de flexion de la tête fœtale avant que le plus grand diamètre se soit engagé dans la vulve. Pendant que le sommet progresse, on voit apparaître le front, le nez, la bouche et le menton sous la symphyse.

Dès que le sommet s'est dégagé, on favorise le dégagement de la tête en abaissant le forceps, et alors la face seule se dégage sous le pubis. Si nous agissons dans ces conditions l'extraction sera plus facile, d'après DÖDERLEIN, que si, dans l'ignorance de ces conditions anatomiques, on pratique l'extraction au forceps de la façon habituelle. On pourra ainsi plus facilement prévenir de graves déchirures des parties molles du périnée.

Maintenant que nous connaissons l'importance d'éviter de graves déchirures et ruptures pour la santé

de la femme, nous serons capable, en observant les faits énumérés, d'éviter bien des accidents qui se présenteront dans les présentations du bregma, aussi bien pour l'enfant que pour la mère.

OBSERVATIONS

Parmi le grand nombre d'observations que nous avons pu recueillir, nous ne publions que les cas les plus typiques et qui nous ont paru les plus intéressants.

OBSERVATION I

M. EPARVIER. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie*, N° 2, 1923.

Le 4 décembre 1922, à dix heures du matin, arrivait à la clinique obstétricale, une jeune femme de vingt-deux ans, ayant dépassé d'une douzaine de jours le terme présumé de sa grossesse. Hauteur utérine : 33 cm.

Circonférence abdominale au niveau de l'ombilic : 111 cm. Enfant vivant.

Le toucher pratiqué à ce moment donne les renseignements suivants : col dilaté à 6-7 cm, poche des eaux intacte. Tête à trois travers de doigt au-dessus du plancher périnéal. Sagittale dans le diamètre transverse légèrement oblique à gauche. Grande fontanelle au milieu de l'excavation. Poursuivant le toucher le long de la sagittale, on arrive à gauche à percevoir le bord sourcilier de la cavité orbitaire ; à droite, on n'atteint pas la fontanelle lambdaique.

Il s'agit donc d'une OI DP, en attitude intermédiaire à la flexion et à la déflexion, soit une présentation du bregma.

Un essai de flexion est tenté en vain : pression par la main vaginale sur la région frontale accessible, aidée d'une pres-

sion exercée par un aide sur la région occipitale au travers de la paroi abdominale.

La tête modelée et maintenue par le segment inférieur, peut changer d'altitude facilement, mais non d'attitude.

Pendant cet examen, la poche des eaux est rompue.

Huit heures après, l'inertie utérine ne cessant pas, et la tête toujours dans la même attitude n'ayant pas effectué la moindre descente, et d'autre part, la dilatation étant complète, une application de forceps est décidée.

Sous anesthésie générale à l'éther, à l'aide de grandes cuillers de Levret munies de lacs, la tête, prise symétriquement en OIDP, est amenée sur le plancher. Aucune tentative de rotation de l'occiput en avant n'est faite à cause de la dureté des frottements.

Le dégagement, fait au forceps, s'effectue légèrement en oblique (OIDP). La tête progresse droit dans le périnée qui se déchire sans lésion du sphincter ; elle termine son dégagement en exécutant sa flexion en prenant comme pivot la région glabellaire fixée un peu à gauche de la symphyse.

Le cœur fœtal ne bat pas.

L'aspect de la tête fœtale aussitôt examinée est tout à fait remarquable :

C'est un cylindre dont l'axe passe par le milieu de la grande fontanelle et se continue avec celui du cou.

La face est aplatie, le nez pour ainsi dire écrasé avec déviation à gauche sur la face. L'occipital chevauche sur les pariétaux. Voilà donc un accouchement très long et particulièrement dystocique chez une femme ayant un bassin apparemment compatible avec l'accouchement normal d'un enfant de poids moyen.

La radiographie métrique et l'examen clinique ont été pratiqués, car on notait dans les antécédents une coxalgie survenue à l'âge de trois ans, soignée pendant un an par M. Nové-Josserand. Il y avait chez cette femme une ankylose de l'articulation coxo-fémorale en bonne attitude ne déterminant pour ainsi dire aucune gêne de la marche. Les dimensions du bassin sont compatibles avec un accouchement à terme d'un enfant de volume moyen.



Cette photo montre assez bien la déformation caractéristique qui signe le mécanisme ; malheureusement faite seulement 12 heures après l'accouchement, elle présente une tête ayant déjà subi une transformation qui la rend moins cylindrique et fait paraître la face moins aplatie qu'au premier instant.

OBSERVATION II

AHLFELD (*Centralblatt für Gynäkologie*, 1903, N° 16).

La femme E..., 40 ans, 9^e pare, nous est arrivée pour de volumineuses varices génitales à la fin de sa grossesse. Taille : 176 cm. Bassin normal. Promontoire ne pouvant pas être atteint au toucher. La tête mobile au-dessus du bassin, le dos à droite.

Dès le début de l'accouchement, le ventre en besace assez volumineux a été soulevé et retenu par une large bande.

Dans les premières heures de l'accouchement, on s'est rendu compte que la tête s'est bien engagée.

A 9 heures 50, dilatation complète du col et déchirure de la poche des eaux. Les douleurs, jusqu'ici très faibles, doublèrent d'intensité et la tête progressa.

A 15 heures 45, puisque l'expulsion s'éternisait, on a fait un toucher ; l'examen était remarquable : la grande fontanelle en arrière et à gauche était le point le plus inférieur de la tête. La sagittale se trouvait dans le diamètre oblique gauche.

Un deuxième toucher a été pratiqué peu après pour confirmer le diagnostic et a donné le même résultat.

On a essayé à refouler la grande fontanelle à l'aide de deux doigts pour faire progresser l'occiput. Cependant ce fut sans succès. Les contractions des muscles de la paroi abdominale sont insuffisantes. Deux heures s'écoulèrent sans que l'accouchement avance.

Depuis la rupture de la poche des eaux, on n'entendait plus les bruits du cœur fœtal, ce qu'on attribuait aux bruits intestinaux et à la position anormale de l'enfant.

Lorsque la période d'expulsion avait duré 12 heures et que la tête avait encore un peu progressé dans cette position anormale, on a fait une application de forceps que l'on aurait déjà tentée plus tôt, si l'on n'avait pas craint des lésions des gros paquets veineux.

A 21 heures 5, un enfant (3.610 gr., 54 cm), à moitié asphyxié, a pris naissance sans la lésion que l'on craignait tant. Pen-

dant l'extraction, on a pu exactement étudier le mécanisme et on a observé que le sommet a subi une rotation autour de l'arc pubien.

L'enfant présentait les particularités suivantes :

Elévation de la partie antérieure du crâne.

Bosse séro-sanguine moyenne située des 2 côtés de la sagittale; surtout derrière la grande fontanelle, et se continuant en avant sur le frontal.

Les diamètres de la tête étaient les suivants :

Fronto-occipital, 13 cm.

Occipitaux-mentonnier, 12,2 cm.

Bi-pariétal, 9,9 cm.

Malgré que l'on avait pu dégager la tête sans grande difficulté et sans force, la branche droite du forceps avait déterminé une légère contusion sur la joue droite et une paralysie faciale du même côté.

Le 7^{me} jour, la tête était complètement configurée et ne présentait plus rien d'anormal.

Quand la femme a quitté la clinique, on a encore fait un examen, mais on n'a pas constaté d'anomalie du bassin.

Il n'y a donc que le ventre en besace qui pourrait être incriminé comme étant la cause de cette présentation du bregma.

OBSERVATION III

La femme J... Marie, 21 ans, secondigeste, est arrivée le 8 avril 1924, à 10 heures du matin, à la Clinique obstétricale. Les premières douleurs sont survenues à 4 heures du matin. En juin 1923, la parturiente a fait une fausse couche de trois mois.

A l'examen, la hauteur utérine est de 32 cm, parois souples. Les bruits du cœur fœtal sont bien perçus de chaque côté de l'ombilic.

Bassin normal, taille moyenne.

La tête est bien engagée.

Au toucher, on a un col effacé et dilaté à 1 cm. Rupture de la poche des eaux à 1 heure du matin. Les douleurs sont faibles. A 11 heures, le col est dilaté à 4 cm, 20 minutes plus tard, la dilatation est complète, la sagittale se trouve dans le diamètre antéro-postérieur, la grande fontanelle en avant presque au centre de l'excavation. La petite fontanelle n'est pas accessible au toucher. Les douleurs expulsives sont toujours très faibles, il n'y a pas de progression.

A 18 heures, à l'auscultation, les bruits du cœur sont toujours bien frappés ; les douleurs restent faibles. Par la vulve, il s'écoule une quantité considérable de méconium. On donne à la parturiente une pastille d'extrait de thyroïdine de 0 gr. 07. 10 minutes après ingestion, les poussées deviennent meilleures, et 4 à 5 douleurs suffisent pour faire progresser la tête. A 19 heures 20, on recommande à la parturiente de ne pas trop pousser, car la distension du périnée ne se fait pas très bien et il commence à s'œdématiser.

Peu après, la tête apparaît à la vulve. La grande fontanelle est en avant et au centre, la petite fontanelle en arrière recouverte par les parties molles du périnée.

Accouchement spontané, le dégagement se fait en occipito-sacrée. Enfant vigoureux (2.830 gr., 51 cm), présentant les particularités suivantes :

Tête de forme cylindrique, chevauchement de l'occipital sur les pariétaux, bosse séro-sanguine sur la grande fontanelle et des 2 côtés de la sagittale.

Pas de déchirure du périnée. La délivrance par extraction simple se fait à 21 heures, sans pertes sanguines.

OBSERVATION IV

Le 9 janvier 1925, arrivait à la Clinique obstétricale une jeune femme de 14 ans et demi, primipare, à la fin de sa grossesse.

Début des premières douleurs, le 9 janvier, à 20 heures.
Poche des eaux intacte.

A l'examen, hauteur utérine : 31 cm ; parois souples. Les bruits du cœur foetal sont bien perçus, avec maximum à gauche. La tête est bien engagée.

Au toucher, on trouve un col dilaté à 2 cm.

Rupture spontanée des membranes le 10 janvier, à 10 heures 30. Deux heures plus tard, la dilatation est complète. On trouve la sagittale dans le diamètre antéro-postérieur, grande fontanelle au centre de l'excavation, petite fontanelle en haut et en arrière, à peine accessible.

Peu après, apparition brusque de la tête, et on voit la lèvre antérieure du col qui paraît noire et un peu déchirée. On pense à une déchirure du col, mais légère puisqu'il n'y avait pas d'écoulement sanguin.

Le dégagement se fait à 13 heures 45 en O. S.

Enfant vigoureux (3.170 gr., 48 cm).

Chevauchement des pariétaux sur l'occiput et sur le frontal.

Délivrance par simple expression deux heures après avec une perte sanguine insignifiante.

L'examen clinique et la pelvimétrie ont été pratiqués, car on notait dans les antécédents une boiterie légère avec affaissement de la colonne vertébrale. Après avoir été traitée pendant 5 semaines pour redresser la colonne vertébrale, on a mis à la malade un corset plâtré, qu'elle garda pendant 3 mois.

Pelvimétrie (Professeur Commandeur).

Diamètre : bi-crête, 26 cm.

bi-trochantérien, 29 cm.

antéro-postérieur, 20 cm.

Pas de déformations, ni de raccourcissement apparent du membre inférieur.

Colonne vertébrale, aucune trace de cyphose ou de scoliose.

Pas de points douloureux, pas de déformations vertébrales.

Taille : 151 cm.

Hanches : sont asymétriques, la droite présente sa courbure régulière. A gauche, au contraire, il existe un léger méplat sous trochantérien avec un bourrelet.

Losange de Michaelis est asymétrique. Hauteur 11 cm.

Branche supérieure gauche : 3,5 cm.

Branche supérieure droite : 4,5 cm.

Au toucher, on sent que les épines sciatiques sont rapprochées, la droite un peu plus projetée en avant et saillante ; l'arc antérieur du côté gauche présente une courbure moins accentuée qu'à droite avec un angle ilio pectinéal plus petit. Promontoire inaccessible, très loin.

OBSERVATION V

La femme D... R., 23 ans, secondipare, est entrée le 7 juillet 1922, à la Clinique obstétricale, à 18 heures.

Première grossesse en avril 1918 ; fille de 2.700 gr. ; forceps.

Les premières douleurs ont débuté à 8 heures. Douleurs très irrégulières.

Examen général : taille petite ; squelette rachitique ; tibias en lames de sabre, courts et tassés ; incurvation en S. Courbure de la clavicule exagérée. Hauteur externe, 40 cm. Ventre projeté en avant ; tension des parois assez forte.

Circonférence abdominale : 90 cm.

Un toucher pratiqué à ce moment donne les renseignements suivants : Col non effacé, non dilaté. Tête mobile.

A 20 heures, douleurs régulières toutes les 5 minutes.

Rupture des membranes, le 8 juillet, à 2 heures du matin. Les douleurs deviennent plus régulières et augmentent d'intensité.

A 8 heures 45, un toucher est fait : tête fixée, col souple, épaissi, dilaté largement à 6 cm.

Sagittale en diamètre oblique gauche. Petite fontanelle à l'extrémité antérieure de ce diamètre.

Peu de temps après, la tête est bien engagée. On sent le front à droite, l'épaule est bien perçue.

Le col est dilaté à 9 cm.

Trois heures plus tard, les douleurs semblent diminuer. Le toucher montre un col qui n'est pas encore complètement dilaté. Les bruits du cœur sont normaux.

A 13 heures 30, le signe du front est toujours perçu à droite. Bruits du cœur normaux. La progression ne se fait pas.

Trois heures plus tard, on note une température rectale de 39° et un pouls de 84. Bruits du cœur normaux, par intervalle un peu plus rapides.

A 17 heures 45, on fait un toucher : Grande fontanelle en avant et légèrement à gauche paraît très grande.

Devant l'arrêt de la progression et les transformations du bassin on se décide à intervenir.

Deux heures plus tard, on fait une anesthésie à l'éther et une application de forceps.

A 19 heures 50, on décide de faire une basiotripsie étant donné que les tentatives de forceps avaient échoué et que le cordon est procident et ne bat plus.

Peu après, craniotomie aux ciseaux de Blot, essai de prise au cranioclaste sur le massif fronto-facial sans succès, on pose alors le basiotribe de Tarnier, petit broiement sur la face, grand broiement.

Traction difficile et pénible. Pas d'incidents.

A 22 heures, délivrance par simple expression.

A l'examen du bassin, on trouve un bassin rétréci transversalement. Le promontoire est modérément élevé. P. S. P. : 9,8 cm. La partie antérieure du sacrum est explorable dans toute son étendue. A l'union de S1 et de S2, il existe un faux promontoire, le diamètre à ce niveau est de 9 cm.

Les sinus sacro-iliaques sont peu profonds. Le bassin est réduit transversalement. On fait facilement le tour du détroit supérieur.

OBSERVATION VI

La femme M..., 23 ans, primipare, est entrée le 1^{er} août 1923, à la Clinique obstétricale. Début des douleurs à 5 heures du matin.

Rupture prématurée des membranes, 4 jours avant l'apparition des douleurs.

Taille moyenne. Bassin normal, tête fixée. Dans les premières heures de l'accouchement, on s'est rendu compte que la tête s'est bien engagée.

Hauteur utérine, 30 cm. Bruits du cœur fœtal normaux et bien frappés, maximum à droite.

Le toucher pratiqué dès l'arrivée a montré un col dilaté à 2 centimètres.

A 19 heures 30, dilatation complète du col ; la grande fontanelle est le point le plus déclive et se trouve en avant au centre de l'excavation. La sagittale se continue en arrière, petite fontanelle accessible en haut dans l'excavation sacrée. 40 minutes plus tard, accouchement spontané. Le dégagement se fait en occipito-sacrée, sans particularité. Pas de déchirures.

Enfant bien portant (2.810 gr., 49 cm.)

Déformation de la tête : Bosse séro-sanguine sur la grande fontanelle ; chevauchement des pariétaux sur le frontal et l'occipital.

OBSERVATION VII

Le 28 mai 1924, à 7 heures du matin, arrivait à la Clinique obstétricale, une jeune femme de 21 ans, primipare, étant au 8^{me} mois et demi du terme présumé de sa grossesse.

Hauteur utérine : 28 cm.

Circonférence abdominale au niveau de l'ombilic : 97 cm.

Enfant vivant.

Taille moyenne, tête engagée au détroit supérieur.

A son entrée à la Clinique, la parturiente avait des douleurs toutes les 5 minutes.

On pratique un toucher : Col dilaté à 7 cm. Poche des eaux intacte, la sagittale se trouve dans le diamètre antéro-postérieur légèrement en oblique gauche, la grande fontanelle un peu en avant et à gauche dans l'excavation ; en poursuivant le toucher le long de la sagittale, qui est très large, on arrive à percevoir la fontanelle lambdatique en haut et en arrière à droite (OIDP).

A 10 heures 20, la dilatation est complète, la poche des eaux est encore intacte, on fait une rupture artificielle avec une branche de la pince d'Hégar. Le liquide amniotique est clair, peu abondant, 50 gr. environ.

A 15 heures 30, accouchement spontané, dégagement en occipito-sacrée. Le dégagement est relativement aisé, le périnée est souple, il n'y a pas de déchirures.

Déformation de la tête : Bosse séro-sanguine volumineuse au niveau de la grande fontanelle, chevauchement de l'occipital sur les pariétaux.

OBSERVATION VIII

La femme B... Hélène, 18 ans, primipare, arrivait à la Clinique obstétricale le 24 avril 1924, à 11 heures du matin, à la suite de violentes douleurs. Hauteur utérine : 29 cm.

Circonférence abdominale au niveau de l'ombilic, 94 cm ; taille, 167 cm ; bassin normal.

La tête est engagée au détroit supérieur, le dos à gauche, les bruits du cœur fœtal sont bien frappés et se trouvent en dessous de l'ombilic à gauche.

Le toucher, pratiqué à ce moment, donne les renseignements suivants : Col dilaté à 2 cm. Les douleurs deviennent de plus en plus fortes, et la parturiente ne peut pas s'empêcher de pousser. On lui administre alors un gramme de chloral.

A 14 heures 45, le col est complètement dilaté, la grande fontanelle est perçue à gauche et en avant. On ne peut pas mettre en évidence la petite fontanelle.

A 15 heures 15, la tête progresse régulièrement, le périnée postérieur « bombe », la petite fontanelle se trouve en arrière et un peu oblique. Le périnée s'œdématie. Un peu plus tard, on aperçoit la tête sur 6 cm. Elle est en légère déflexion. On peut mettre en évidence le bregma qui est situé en avant au centre de l'excavation. En se portant vers le pubis, on sent l'arcade sourcillière gauche. Un essai de flexion est tenté : pression par la main vaginale sur la région frontale accessible, aidée d'une pression exercée par un aide sur la région occipitale au travers de la paroi abdominale. Après la flexion, le dégagement se fait O. S. à 15 heures 50.

L'occiput se dégage le premier, ensuite le bregma ; le front et la face.

Il n'y a pas de déchirure du périnée.

Enfant vigoureux (3.560 gr., 50 cm).

La tête a une forme cylindrique ; bosse séro-sanguine volumineuse, siégeant sur la grande fontanelle et recouvrant une partie du frontal et des pariétaux.

CONCLUSIONS

Les caractères qui permettent de définir une présentation sont les suivants :

1° L'engagement, la descente et surtout le dégagement doivent se faire suivant un mécanisme typique ;

2° On doit pouvoir d'après la forme, le modelage de la tête faire en quelque sorte rétrospectivement après la naissance le diagnostic du mécanisme de l'accouchement et partant de la présentation.

Cela étant, il nous semble qu'on peut définir comme véritable présentation, la présentation du bregma : elle répond à une situation de la tête intermédiaire entre la flexion et la déflexion, et elle représenterait le premier degré de la déflexion, dont le second serait le front et le troisième la face.

Le mécanisme particulier de l'accouchement est caractérisé par l'engagement du diamètre occipito-frontal, que l'on retrouvera au cours de la descente et du dégagement. La grande fontanelle constitue toujours le centre de la présentation. Le dégagement se fait le plus souvent en occipito-sacrée.

La modification plastique consiste dans la forme cylindrique de la tête (*Turmschädel*), et elle tend vers le type dolichocéphale, mais sans qu'il existe comme dans

la présentation de la face une exagération de la convexité du frontal et de l'occipital.

Or, de notre étude sur les présentations du bregma, il nous semble que nous puissions tirer les conclusions suivantes :

1° 90 % des cas que jadis l'on distinguait en France sous le nom de présentation du sommet avec déviation du mécanisme normal sont des présentations du bregma.

2° Les présentations du bregma se rencontrent dans la proportion de 1,5 % des présentations céphaliques ;

3° La durée du travail est un peu plus longue, même dans les cas favorables, puisque nous trouvons une durée de 23 h. 30 pour le primipares et de 13 h. 40 pour les multipares ;

4° Dans cette variété des présentations céphaliques à cause de la lenteur et des anomalies de l'accouchement, le pronostic doit être plus réservé, et pour la mère et pour l'enfant, que pour les autres présentations céphaliques ;

5° Les interventions sont plus souvent imposées dans ces variétés de positions que dans les présentations du sommet.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COMMANDEUR

Vu :
LE DOYEN,
J. LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 6 mai 1925.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER.

BIBLIOGRAPHIE

- AHLFELD F. — *Ein Fall von dorso, ant. Vorderhauptslage*,
Centralblatt für Gynäkologie 1903 N° 16.
— *Lehrbuch der Geburtshilfe*.
- BIDDER E. — *Über Vorder, und Hinterscheitellagen*, *Gynäkologische Mitteilungen* 1884 Gratulationsschrift.
- BOTKOWSKAIA B. — *Des occipito postérieures*.
Thèse de Paris 1897.
- BUMM E. — *Précis d'obstétrique*.
- BRAUN K. — *Lehrbuch der gesamten Gynäkologie*.
- CURRIE M. — *The relation of uterine to flexion and extension of the fetal head*.
American journal of obstr. Vol. XXXVII.
- DODERLEIN A. — *Geburtshilflicher Operationskurs* 1916.
- DUHRSSSEN A. — *Vademekum der Geburtshilfe und Gynäkologie* 1913.
- EPARVIER. — *Présentation du bregma*.
Bulletin d'obstétrique et de Gynécologie N° 2,
1923, page 128.
- FEHLING. — *Über die Kompression des Schädels bei der Geburt*. *Arch. für Gynäkologie*. Vol. VI, p. 68.
- GLIDDEN CH. — *The diagnosis and menagement of occipito-posterior positions in labor Cases*.
Med. News 1899.

- HERZFELD. — *Beitrag zur Lehre von den Vorderscheitellagen. Wiener medicin. Wochenschrift* 1898.
- *Über den Mechanismus bei Schädellagen und seine Beziehungen zu den Zangenoperationen. Wiener medicin. Presse* 1900, p. 433.
- *Praktische Geburtshilfe* 1897.
- KALTENBACH. — *Lehrbuch der Geburtshilfe* 1915.
- KOLISCHER G. — *Anterior vertex présentations, their complications and treatment. Med. news. New-York. Vol. LXXIX, p. 706.*
- MENDES DE LEON. — *Forciple Extraction bei Vorderhauptslagen. Niederländische Gesell. Für Geburtshilfe und Gynäkologie, 10 mars* 1897.
- MULLER. — *Handbuch der Geburtshilfe.*
- *Über hintere Hinterhauptslagen und Scheitellagen. Monatschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Vol. VII* 1898.
- NAEGELE. — *Traité pratique de l'art des accouchements.*
- OPITZ. — *Vorderhauptslagen. Zeitschrift für Gynäkologie. Vol. XL, Série III, p. 405.*
- PAJOT. — *Travaux d'obstétrique et de Gynécologie* 1882.
- RABINOWITSCH. — *Über den Verlauf der Geburt bei Vorderhauptslagen. Inauguration Dissertation Berlin* 1901.
- RIESENFELD. — *Über Geburtsmechanismus bei Schädellagen. Inauguration Dissertation Würzburg* 1890.
- SCANZONI. — *Lehrbuch der Geburtshilfe.*
- SCHATZ. — *Die Ursachen der Drehung des Kindkopfes beim Durchgang durch das mütterliche Becken. Deutsch Med. Wochenschrift* 1890, p. 945.
- STEPHAN. — *Über den Mechanismus der Geburt bei Kopflagen. Arch. für Gynäkologie. Vol. XII, p. 464.*

- TARNIER. — *Archives de Gynécologie* 1876.
Traité d'accouchements.
- TRILLAT P. — *Du mécanisme des rotations intra-pelviennes de la tête. Théorie du plan lombo-iliaque.*
Thèse de Lyon 1904.
- VEIT I. — *Über Vorderhauptslagen.*
Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Vol. XL, Série II, p. 47.
Über Vorderhauptslagen.
Centralblatt für Gynäkologie 1899, S. 1248.
- WEISS. — *Zur Behandlung der Vorderscheitellagen.*
Wolkmannssammlung klinischer Vorträge, Série II, N° 60.
- VON WINCKEL. — *Handbuch der Geburtshilfe.*
- WINTER. — *Über eine einheitliche Benennung der Schädel-lagen.*
Centralblatt für Gynäkologie 1887.
-

TABLE DES MATIERES

Avant-propos	7
Introduction	11
Historique	15
Chapitre Premier. — Mécanisme de l'accouchement dans les présentations du bregma.....	21
Chapitre II. — Diagnostic	33
Chapitre III. — Pronostic	39
Chapitre IV. — Conduite à tenir dans les présen- tations du bregma	45
Observations	49
Conclusions.....	61
Bibliographie.....	63
